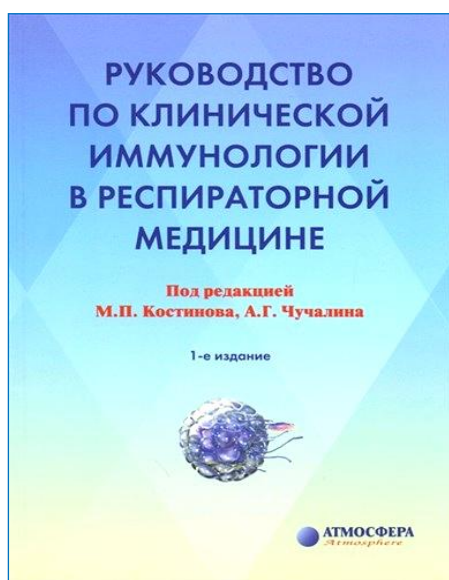




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№2 (февраль), 2019



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	22
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	27

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Пивень Д. В. О недопустимости перевода всех главных врачей и их заместителей в немедицинские работники и допуска к управлению медицинскими организациями в качестве первых руководителей лиц без медицинского образования / Д. В. Пивень, И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 10-14.

В статье авторы детально показывают и обосновывают весьма драматичные последствия, которые получит здравоохранение страны в случае, если будут приняты планируемые изменения в Положение о лицензировании медицинской деятельности, предполагающие исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, а также допуск к руководству медицинской организации в качестве первых руководителей лиц, не имеющих высшего медицинского образования.

Авторы подчёркивают, что реализация планируемых изменений приведёт к тому, что главные врачи и их заместители перестанут быть медицинскими работниками, снизится управляемость медицинских организаций и качество медицинской помощи, будет деградировать система подготовки кадров руководителей. Всё это совершенно недопустимо.

В связи с тем, что в настоящее время на федеральном портале проектов нормативных правовых актов <http://regulation.gov.ru/projects#npa=85842> размещен проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (далее – Постановление), сегодня крайне остро встал вопрос о том, будут ли в ближайшем будущем главные врачи и их заместители осуществлять медицинскую деятельность, а, соответственно, будут ли они вообще являться медицинскими работниками или нет?

Прежде чем перейти к анализу предлагаемых Постановлением изменений, подчеркнём, что сегодня каждый главный врач и/или его заместитель, имеющий сертификат специалиста по «организации здравоохранения и общественному здоровью» и работающий в медицинской организации, которая имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности по «организации здравоохранения и общественному здоровью», однозначно является медицинским работником.

Правовым основанием для этого, прежде всего, служат установленные квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, а также наличие в прилагающемся к утверждённому Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 Положению о лицензировании Перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью».

Так почему же теперь появилась реальная угроза исключения главных врачей и их заместителей из категории медицинских работников? Как уже было отмечено выше, в настоящее время на федеральном портале проектов нормативных правовых актов <http://regulation.gov.ru/projects#npa=85842> размещен проект Постановления. Указанным Постановлением предполагается внести изменения в Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее Положение о лицензировании), а также в прилагающийся к нему Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

Предлагаемая редакция Положения о лицензировании в том числе допускает к руководству медицинскими организациями в качестве первых руководителей лиц, не имеющих высшего медицинского образования, а именно лиц с наличием «высшего образования по одному из направлений подготовки «Экономика», «Менеджмент», «Государственное и муниципальное управление», «Финансы и кредит», «Юриспруденция» и дополнительного профессионального образования в области менеджмента в здравоохранении». При этом предлагается исключить из

прилагающегося к Положению о лицензировании Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, работы (услуги) по «организации здравоохранения и общественному здоровью». То есть работы (услуги) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» не будут являться медицинской деятельностью, а соответственно *все руководители медицинских организаций (главные врачи и их заместители) автоматически перестанут быть медицинскими работниками, так как они не будут осуществлять медицинскую деятельность.* Подобная ситуация абсолютно недопустима (!) по следующим причинам:

1. Первое. Исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, и, следовательно, вытекающее из этого автоматическое отнесение действующих главных врачей и их заместителей к категории немедицинских работников полностью противоречит п. 1. части 1. ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая гласит: «Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста». Получается, что предлагаемая редакция Положения о лицензировании, с одной стороны, требует от главных врачей и их заместителей строгого соответствия данному положению закона, а именно наличия «высшего образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским работникам, и свидетельства об аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», но при этом, с другой стороны, предлагаемая редакция Положения о лицензировании твёрдо и уверенно говорит о том, чтобы главный врач и его заместители не имеют никакой возможности реализовать это самое право на занятие медицинской деятельностью, так как работы (услуги) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» исключены из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, и, следовательно, к таковой не относятся.

2. Второе. Исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, явно противоречит здравому смыслу, так как получается, что в Российской Федерации руководить медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, будут лица, а это ведь абсолютно все главные врачи и их заместители(!), которые сами не осуществляют медицинскую деятельность, а занимаются некой другой, никому не понятной работой – организацией здравоохранения и общественным здоровьем.

3. Третье. Исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, как уже было отмечено выше, автоматически выведет действующих главных врачей и их заместителей из категории медицинских работников, а это неизбежно приведёт к ущемлению законных интересов этой категории работников как в части реализации прав, которые предоставлены законодательством всем медицинским работникам, так и в части получения социальных гарантий со всеми вытекающими отсюда последствиями. Например, с принятием в предложенной на федеральном портале проектов нормативных правовых актов редакции Положения о лицензировании главные врачи и их заместители автоматически лишаются права на прохождение аттестации для получения квалификационной категории, так как они не будут осуществлять медицинскую деятельность и соответственно перестанут быть медицинскими работниками. Иначе, как антигосударственными, антисоциальными и антипрезидентскими эти действия назвать нельзя!

4. Четвёртое. Исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, делает совершенно невозможным реализацию Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», в соответствии с которым именно главный врач или его заместитель должен возглавлять врачебную комиссию.

Совершенно непонятно, как эти лица, имеющие сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», не занимаясь медицинской деятельностью, будут реализовывать установленные частью 2 ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011

1.201 1 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» цели врачебной комиссии, заключающиеся, прежде всего, именно в осуществлении медицинской деятельности: «2. Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским вопросам».

5. *Пятое.* Исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, сделает во многих случаях совершенно невозможной работу по организации и проведению в медицинской организации консилиумов врачей. Сегодня на практике консилиумы врачей очень часто, если не в большинстве случаев, инициируются и реализуются именно при участии профильного заместителя главного врача. Напомним, что в соответствии с частью 3 ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию...».

В случае принятия Положения о лицензировании в рассматриваемой редакции становится совершенно непонятным, как главный врач и/или его заместители, имеющие сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», но работа, по которой при этом не будет являться медицинской деятельностью, будут заниматься работой по организации и проведению консилиумов врачей.

При этом сам главный врач и/или его заместители, занимаясь этой работой, не будут являться медицинскими работниками, так как они не осуществляют медицинскую деятельность.

Иными словами, по этому важнейшему разделу работы медицинской организации, как и в части указанной выше деятельности врачебной комиссии, складывается совершенно абсурдная ситуация: лица, не осуществляющие медицинскую деятельность, т.е. главный врач и / или его заместители, обязаны самым активным образом участвовать в деятельности врачебной комиссии и в консилиуме врачей, т.е. опять же самым непосредственным образом эту самую медицинскую деятельность осуществлять (?!).

6. *Шестое.* Предложенная на федеральном портале проектов нормативных правовых актов редакция Положения о лицензировании не просто несёт в себе коррупционные риски, а «настежь распахивает двери» медицинских организаций для самой масштабной коррупции абсолютно во всех её проявлениях. Предлагаемое исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, благодаря которому главные врачи и их заместители автоматически перестанут быть медицинскими работниками, полностью снимает с этих руководителей целый ряд важнейших обязанностей медицинских работников, закреплённых в законодательстве, в том числе и обязанность соблюдения требований к урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности.

7. *Седьмое.* Предлагаемое исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, благодаря которому главные врачи и их заместители автоматически перестанут быть медицинскими работниками, наносит сокрушительный удар как по системе подготовки кадров руководителей медицинских организаций, так и по самой специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Если специальность «организация здравоохранения и общественное здоровье» не предполагает осуществления медицинской деятельности, то значит и система подготовки руководящих кадров для медицинских организаций перестанет требовать максимально полного погружения обучающихся в самые сложные и разнообразные аспекты медицинской деятельности.

В результате, оторванные от медицинской деятельности вопросы экономики, права, менеджмента с лёгкостью возьмут на себя профильные кафедры многочисленных немедицинских ВУЗов, а соответственно кафедры общественного здоровья и здравоохранения в том виде и количестве, в котором они есть сейчас, просто становятся никому не нужными и, прежде всего, ненужными в части дополнительного профессионального образования. В общем, это будет очевидным началом конца специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

8. *Восьмое.* Предлагаемое проектом Положения о лицензировании исключение работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, и допуск к руководству медицинской организации в качестве первых лиц непрофессионалов, то есть лиц, имеющих базовое юридическое или экономическое образование или образование по общим вопросам менеджмента, однозначно приведёт к снижению качества и безопасности оказываемой медицинской помощи.

Невозможно эффективно управлять медицинской организацией, детально не разбираясь в сложнейших требованиях, предъявляемых сегодня к качеству и безопасности медицинской деятельности. Совершенно абсурдно представлять ситуацию, что такой «руководитель» медицинской организации (экономист, юрист, менеджер, готовый управлять кем угодно) будет эффективно заниматься только финансовыми и правовыми вопросами управления, детально не погружаясь в вопросы качества и безопасности медицинской деятельности.

Кроме того, предлагаемая редакция Положения о лицензировании уже изначально не допускает сколько-нибудь серьёзной подготовки таких с позволения сказать «руководителей».

Если в отношении тех, кто имеет высшее медицинское образование, то есть для врачей, в проекте Положения о лицензировании, как и в действующей сегодня редакции, однозначно сказано, что они должны иметь сертификат специалиста (а это, как известно, весьма серьёзное и отнюдь не формальное требование), то в отношении юристов, экономистов и менеджеров говорится о том, что у них должно быть дополнительное профессиональное образование в области менеджмента в здравоохранении.

Возникает вопрос: «А как должно выглядеть это самое дополнительное профессиональное образование в области менеджмента в здравоохранении у юристов, экономистов и менеджеров, которые будут возглавлять медицинские организации?». То есть факт снижения качества управления медицинской организацией при замещении должности первого руководителя юристом, экономистом или неким менеджером очевиден изначально. Такие эксперименты в масштабах страны при чрезвычайно сложных и для профессионалов поставленных сегодня задачах однозначно недопустимы!

9. *Девятое.* Предлагаемое проектом Положения о лицензировании требование к руководителю медицинской организации в части обязательного наличия не менее пяти лет стажа работы на руководящих должностях в медицинской организации, по меньшей мере, вызывает удивление, так как это нововведение повсеместно!!) создаст реальные препятствия для замещения должности главного врача грамотными специалистами, а, например, создание опытным врачом-клиницистом небольшой частной медицинской организации просто сделает невозможным.

И в то же время проектом Положения о лицензировании предлагается допустить к руководству медицинской организацией в качестве первых лиц непрофессионалов – экономистов, юристов, неких общих менеджеров. То есть и в части необходимого стажа работы предлагаемые изменения в Положении о лицензировании для врачей создают реальные дополнительные проблемы, а непрофессионалам даётся зелёный свет?!

Таким образом, предлагаемые на федеральном портале проектов нормативных правовых актов а изменения в Положении о лицензировании, касающиеся исключения работ (услуг) по «организации здравоохранения и общественному здоровью» из Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, и допуска к руководству медицинской организацией в

качестве первых лиц непрофессионалов, то есть лиц, не имеющих высшего медицинского образования, требуют самого широкого, жёсткого, критического рассмотрения не только в медицинском сообществе, но и на уровне Национальной Медицинской Палаты, Комитета Государственной думы по охране здоровья, экспертов Общероссийского народного фронта, научных медицинских организаций.

Высокотехнологичное медицинское оборудование доступно – инструменты для руководителей // Медицинский вестник. – 2019. – 18 февр. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/medarticles/Vysokotehnologichnoe-medicinsкое-oborudovanie-dostupno-instrumenty-dlya-rukovoditelei.html>.

Модернизация и развитие системы здравоохранения – один из главных вопросов, который стоит перед государством, поэтому на эту сферу обращено пристальное внимание. В Национальном проекте «Здравоохранение» ключевое место наряду со строительством новых больниц уделяется вопросам переоснащения уже существующих стационаров и диагностических центров. Какие инструменты могут помочь приобретать современное оборудование и поддерживать уже имеющееся на высоком технологическом уровне, чтобы улучшать качество обслуживания пациентов и повышать эффективность диагностики и лечения?

Компания Philips, мировой производитель медицинского оборудования, делится опытом и предлагает решения, которые помогают повысить общую эксплуатационную эффективность и финансовую стабильность медицинского учреждения.

Почему бы не взять рентген в лизинг?

В условиях сложной экономической ситуации эффективным решением для приобретения медицинского оборудования становится лизинг. Инструмент развития бизнеса, а теперь и эффективный инструмент для индустрии здравоохранения, сочетает в себе лучшее от долгосрочной аренды и банковского кредита.

Лизинг дает возможность внедрять передовые технологии и приобретать новейшее оборудование без обращения за кредитом и привлечения долгосрочных инвестиций. Не секрет, что, например, 40% парка корпоративных автомобилей находится в лизинге: автобусы, грузовики, снегоуборочная техника. Почему тогда не взять в лизинг рентген или другое технологичное оборудование?

Раньше подобное решение было невыгодным, так как лизинг медицинского оборудования облагался НДС, но в 2017 году в Налоговый кодекс внесли изменения. Теперь согласно статье 149 Налогового кодекса РФ операции по приобретению медицинского оборудования по договорам финансового лизинга освобождены от НДС, что делает этот финансовый инструмент очень привлекательным.

Лизинг медицинского оборудования имеет целый ряд преимуществ:

- во-первых, это финансово выгодно. Чтобы начать пользоваться оборудованием, достаточно внести первый взнос. Имея всего 10–15% от стоимости оборудования, государственные заказчики уже сегодня могут обеспечить доступ к современным технологиям и качественной медицинской помощи.

- во-вторых, это надежно. В стоимость лизинга может входить расширенная гарантия на весь срок контракта.

- в-третьих, снижение административной нагрузки, так как возможно комплексное обновление оборудования путем проведения одной общей закупки.

Зачем выкидывать, если можно модернизировать?

Модернизация (апгрейд) оборудования широко применяется в Европе, но пока еще не очень популярна в России. Данный инструмент позволяет экономить время и деньги без потери качества, так как обновленное оборудование по своим характеристикам не уступает современному, но этот результат достигается наиболее эффективным с точки зрения затрат способом.

Например, во многих странах не меняют аппараты МРТ, а делают их апгрейд, потому что, чтобы его заменить, нужно разобрать стену, что влечет за собой высокие прямые и косвенные

затраты. Чтобы этого избежать, меняют софт, комплектующие, другие устаревшие детали. Модернизация стоит треть или половину от цены нового аппарата МРТ, не требует строительных работ, занимает меньше времени и увеличивает эффективный жизненный цикл, что позволит использовать аппарат еще несколько лет, притом что это уже будет, например, не аналоговое, а цифровое оборудование, на котором скорость исследований может увеличиться до 30%.

Так, портфель продуктов Philips включает в себя различные опции в области модернизации и продления сроков использования различного медицинского оборудования: ангиографические системы, магнитно-резонансные и компьютерные томографы, ультразвуковые аппараты.

Проверенные решения для повышения эффективности.

Консалтинговое подразделение Philips в области здравоохранения объединяет богатый опыт клинических разработок компании и работу первоклассных экспертов в области здравоохранении. И в своей работе придерживается комплексного подхода: помогает оценить эффективность работы всей организации и выявить возможности для усовершенствований по таким показателям, как расходы, качество и общая производительность труда. Современные инструменты, предполагающие сбор и анализ данных в режиме реального времени, позволяют сократить простои и повысить эффективность применения капитальных активов.

Специалисты компании консультируют руководителей медицинских организаций и ищут оптимальные решения, при которых медицинское учреждение может достичь большего с использованием меньших ресурсов.

Портнова О. Б. Изменения в порядке оказания первичной медико-санитарной помощи // ГлавВрач. – 2019. – № 2. – С. 9-29.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

Приказ Министерства здравоохранения от 30.03.2018 № 139н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н» внес изменения в Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Работникам организаций, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, и населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень территорий, первичная медико-санитарная помощь осуществляется с учетом особенностей организации оказания медицинской помощи, установленных Правительством РФ.

Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению:

– в качестве бесплатной – в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного

медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

– в качестве платной медицинской помощи – за счет средств граждан и организаций.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

1) амбулаторно, в том числе:

– в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении по месту жительства (пребывания) пациента – при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

– по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий;

2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в медицинских организациях может быть организовано отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложением 5 к названному положению.

С учетом образования контингентов граждан, временно (сезонно) проживающих на территории населенного пункта (в том числе на дачных участках и садовых товариществах), отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи может организовываться в непосредственном приближении к месту временного (сезонного) проживания.

Первичная медико-санитарная помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Первичная медико-санитарная помощь включает:

– первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья;

– первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, кабинетов и центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики;

– первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений

медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

В малочисленных населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, в том числе временных (сезонных), находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделений (более 6 км), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью с привлечением одного из домашних хозяйств (домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, создаются из расчета не менее 1 домашнего хозяйства на каждый населенный пункт).

Организация оказания первой помощи с привлечением одного из домашних хозяйств подразумевает:

- обеспечение домохозяйства средствами связи;
- обеспечение домохозяйства связью с территориальным центром медицины катастроф;
- обеспечение домохозяйства доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- формирование укладок для оказания первой помощи;
- информирование населения о домохозяйстве, оказывающем первую помощь, и обучение ответственных лиц домохозяйства навыкам оказания первой помощи;
- обеспечение памятками о взаимодействии ответственных лиц домашних хозяйств с медицинскими организациями;

– обеспечение лиц, оказывающих первую помощь, а также лиц, имеющих высокий риск развития внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома и других жизнеугрожающих состояний, и членов их семей методическими пособиями и памятками по оказанию первой помощи при наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояниях, являющихся основной причиной смертности (в том числе внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения), содержащими сведения о характерных проявлениях указанных состояний и необходимых мероприятиях по их устранению до прибытия медицинских работников.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);
- врача общей практики (семейного врача);

– комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);

- акушерский;
- приписной.

Обслуживание населения на участках осуществляется:

– фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

– врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;

– врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

– на фельдшерском участке – 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

– на терапевтическом участке – 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, – 1300 человек взрослого населения);

– на участке врача общей практики – 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

– на участке семейного врача – 1500 человек взрослого и детского населения;

– на комплексном участке – 2000 и более человек взрослого и детского населения.

В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штатных должностей врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики, фельдшеров (акушеров) в полном объеме.

Первичная медико-санитарная помощь в малочисленных населенных пунктах оказывается в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной медицины), врачебных амбулаториях.

В населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов (далее – выездные формы работы), не реже 2 раз в год.

В населенных пунктах с числом жителей 100-300 человек организуются:

– фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта до ближайшей медицинской организации превышает 6 км;

– домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, и (или) выездные формы работы, в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта до ближайшей медицинской организации не превышает 6 км.

В населенных пунктах с числом жителей 301-1000 человек организуются фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты вне зависимости от расстояния до ближайшей медицинской организации в случае отсутствия других медицинских организаций.

В населенных пунктах с числом жителей 1001-2000 человек организуются:

– фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до ближайшей медицинской организации не превышает 6 км;

– центры (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) или врачебная амбулатория в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до ближайшей медицинской организации превышает 6 км.

При наличии водных и других преград, удаленности от ближайшей медицинской организации, низкой плотности населения (в 3 раза ниже среднероссийского показателя) численность обслуживаемого населения и расстояние до ближайшей медицинской организации может корректироваться относительно рекомендуемой численности обслуживаемого фельдшерско-акушерским пунктом или фельдшерским здравпунктом населения.

В случае преимущественного (более 40 %) проживания населения старше трудоспособного возраста в населенном пункте с числом жителей более 100 человек, могут быть организованы как фельдшерско-акушерские пункты, так и фельдшерские здравпункты.

В населенных пунктах с числом жителей более 2000 человек для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи организуются врачебные амбулатории вне зависимости от расстояния до ближайшей медицинской организации, либо структурного подразделения (отделения) медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу.

В зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях обеспечения ее доступности могут формироваться постоянно действующие медицинские бригады, состоящие из врача-терапевта участкового, фельдшеров, акушеров и медицинских сестер с распределением между ними функциональных обязанностей по компетенции исходя из установленных штатных нормативов, предназначенных для расчета количества должностей, предусмотренных для выполнения медицинской организацией возложенных на нее функций.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

Для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов.

При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания.

В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар.

Поликлиника является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи населению.

На должность руководителя поликлиники назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 8.10.2015 № 707н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 23.10.2015, рег. № 39438), с изменениями,

внесенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.06.2017 № 328н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 03.07.2017, рег. № 47273) (далее – Квалификационные требования к работникам с высшим образованием), по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и (или) требованиям Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541 н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 25.08.2010, рег. № 18247), по характеристике должности «главный врач (президент, директор, заведующий, управляющий, начальник) медицинской организации».

На должность заведующего (начальника) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) поликлиники – врача-специалиста и врача поликлиники назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к работникам с высшим образованием по соответствующей специальности.

На должность фельдшера поликлиники назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2016 № 83н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 09.03.2016, рег. № 41337), по специальности «лечебное дело».

На должность медицинской сестры поликлиники назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к работникам со средним профессиональным образованием по специальности «сестринское дело» или «сестринское дело в педиатрии».

Структура поликлиники и штатная численность устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения), в состав которой она входит, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Для организации работы поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения:

- регистратура;
- отделение (кабинет) доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение (кабинет) первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и др.);
- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- стоматологическое отделение (кабинет);
- процедурный кабинет;
- смотровой кабинет;
- флюорографический кабинет;
- кабинет доверия;
- кабинет кризисных состояний и медико-психологической разгрузки;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- микробиологическая лаборатория;
- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- центр здоровья;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья);
- дневной стационар;

- информационно-аналитическое отделение или кабинет медицинской статистики;
- организационно-методический кабинет (отделение);
- административно-хозяйственные подразделения.

Оснащение отделений и кабинетов осуществляется в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового участка, врач общей практики, семейный врач по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в медицинскую организацию для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание первичной (доврачебной, врачебной, специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме больным, проживающим на территории обслуживания и (или) прикрепленным на обслуживание, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний и факторов риска;

- проведение диспансеризации населения;

- диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;

- восстановительное лечение и реабилитация;

- клинично-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;

- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, функциональными расстройствами, иными состояниями с целью своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;

- организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами, отдельным категориям гражданам;

- установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи;

- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

- проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);

- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе в отношении отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

- проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям, выявление больных инфекционными заболеваниями, динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами, а также передача в установленном порядке информации о выявленных случаях инфекционных заболеваний;

- осуществление врачебных консультаций;

- осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе;

- экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и продление листков нетрудоспособности;

- организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ;
- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации;
- организация информирования населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактики, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья;
- проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска, обеспечение памятками, диспансерное наблюдение лиц, имеющих высокий риск развития хронического неинфекционного заболевания и его осложнений, направление при необходимости лиц с высоким риском развития хронического неинфекционного заболевания на консультацию к врачу-специалисту;
- повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием;
- ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности;
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам оказания первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.

Работа поликлиники должна организовываться по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривать оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

В поликлинике рекомендуется предусматривать планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями.

Кабинет доврачебной помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины) организуется как структурное подразделение поликлиники, врачебной амбулатории или центра общей врачебной практики (семейной медицины). Медицинская помощь в кабинете оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием из числа наиболее опытных сотрудников, а также медицинскими сестрами с высшим медицинским образованием.

Организация работы в кабинете может осуществляться как на постоянной основе медицинскими работниками кабинета, так и на функциональной основе медицинскими работниками других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком, утвержденным руководителем медицинской организации. Руководство кабинетом осуществляет уполномоченный руководителем медицинской организации заведующий одного из отделений медицинской организации.

Кабинет рекомендуется размещать в непосредственной близости от регистратуры медицинской организации для обеспечения их взаимодействия.

Основными задачами кабинета (отделения) доврачебной помощи являются:

- прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу;
- направление на лабораторные и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приеме;
- проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела, остроты зрения и слуха, других диагностических манипуляций, выполнение которых входит в компетенцию работников со средним медицинским образованием, заполнение

паспортной части посылного листа на медико-социальную экспертизу, санитарно-курортной карты, данных лабораторных и других функционально-диагностических исследований перед направлением на медико-социальную экспертизу, на санаторно-курортное лечение, оформление справок, выписок из индивидуальных карт амбулаторного больного и другой медицинской документации, оформление и ведение которой входят в компетенцию работников со средним медицинским образованием;

– оформление листков и справок временной нетрудоспособности, подтверждение соответствующими печатями выданных больным справок, направлений, рецептов и выписок из медицинской документации, строгий учет и регистрация в специальных журналах листков, справок временной нетрудоспособности и рецептурных бланков;

– участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров.

Кабинет обеспечивается необходимым медицинским оборудованием, инструментарием и бланками медицинской документации.

Регистратура является структурным подразделением поликлиники, обеспечивающим формирование и распределение потоков пациентов, своевременную запись и регистрацию больных на прием к врачу, в том числе с применением информационных технологий. Непосредственное руководство работой регистратуры медицинской организации осуществляет заведующий регистратурой, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации.

Основными задачами регистратуры медицинской организации являются:

– организация беспрепятственной и безотлагательной предварительной записи больных на прием к врачу, в том числе в автоматизированном режиме, в кабинет медицинской профилактики, кабинет доврачебной помощи (как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону);

– организация и осуществление регистрации вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) больного;

– обеспечение регулирования интенсивности потока населения с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи;

– систематизированное хранение медицинской документации пациентов, обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.

Для осуществления своих задач регистратура организует и осуществляет:

– информирование населения о времени приема врачей всех специальностей, режиме работы лабораторий, кабинетов, центра здоровья, дневного стационара и иных подразделений медицинской организации, в том числе субботу и воскресенье, с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений;

– информирование о правилах вызова врача на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения руководителем медицинской организации и его заместителями; адресах ближайших аптек, ближайшего центра здоровья, в зоне ответственности которого находится данная медицинская организация;

– информирование о правилах подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализам крови, желудочного сока и др.);

– запись на прием к врачам медицинской организации и регистрацию вызовов врачей по месту жительства (пребывания) больного, своевременная передача врачам информации о зарегистрированных вызовах;

– направление в установленном порядке обратившихся в поликлинику на профилактические обследования и осмотры;

– подбор медицинских карт амбулаторных больных, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом;

– доставку медицинской документации пациентов в кабинеты врачей;

– оформление листков (справок) временной нетрудоспособности, подтверждение соответствующими печатями выданных больным справок, направлений, рецептов и выписок из медицинской документации, строгий учет и регистрация в специальных журналах листков, справок временной нетрудоспособности и рецептурных бланков;

– сортировку и внесение в медицинскую документацию результатов выполненных лабораторных, инструментальных и иных обследований.

В составе регистратуры медицинской организации рекомендуется предусматривать стол справок, зал (стол) самозаписи, рабочие места для приема и регистрации вызовов врача на дом, помещение для хранения и подбора медицинской документации, помещение для оформления медицинских документов, медицинский архив.

Отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи является структурным подразделением поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины) и организуется для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами.

Штатная численность медицинского и другого персонала отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи устанавливается руководителем медицинской организации, в структуру которой он входит.

Медицинскую помощь в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи могут оказывать медицинские работники отделения (кабинета) неотложной медицинской либо медицинские работники других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком дежурств, утвержденным ее руководителем. Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается по направлению регистратора безотлагательно.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому. В случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний, медицинские работники принимают меры к их устранению с использованием стационарной или переносной укладки экстренной медицинской помощи и организуют вызов бригады скорой медицинской помощи либо транспортировку больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника.

После оказания неотложной медицинской помощи больному и устранении либо уменьшении проявлений неотложного состояния больной направляется к врачу либо участковому врачу передаются сведения о больном для осуществления посещения больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) в течение суток.

Кабинет врача общей практики (семейного врача) является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь и паллиативную медицинскую помощь. Кабинет организуется для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению.

Оказание медицинской помощи в Кабинете осуществляется на основе взаимодействия врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов по профилю заболевания пациента (врачей-кардиологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов и др.), осуществляющих свою деятельность в медицинской организации, в структуру которой входит Кабинет, а также других медицинских организаций. Структура кабинета и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения.

Основными задачами Кабинета являются:

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, в том числе в дневном стационаре;
- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;
- осуществление профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- осуществление диспансерного наблюдения больных хроническими заболеваниями с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления;
- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление их для консультации и осуществления коррекции факторов риска развития заболеваний в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и при необходимости в специализированные профильные медицинские организации;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, включая мероприятия по укреплению здоровья населения;
- организация и проведение школ здоровья, школ для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и заболеваниями, являющимися основными причинами смертности и инвалидности населения, а также для лиц с высоким риском их возникновения;
- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь в сопровождении медицинского работника либо бригады скорой медицинской помощи;
- оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, с последующим направлением к врачу-специалисту медицинской организации, осуществляющей оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по месту жительства больного, и последующим посещением больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) при наличии медицинских показаний; обучение населения вопросам оказания первой помощи, а также индивидуальное и/или групповое обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях; направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;
- выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление выявленных онкологических больных и больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты; формирование групп риска; осуществление диспансерного наблюдения за предраковыми заболеваниями;
- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов; осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу; осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; проведение предварительных или периодических медицинских осмотров работников и водителей транспортных средств;
- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора, иными организациями по вопросам оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Для обеспечения своей деятельности Кабинет использует возможности структурных подразделений медицинской организации, в составе которой он образован.

Мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для оказания первичной медико-санитарной помощью населения, в том числе жителей населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий.

Состав мобильной медицинской бригады формируется руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения) из числа врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием исходя из цели ее формирования и возложенных задач, с учетом имеющихся медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, медико-демографических особенностей территории обслуживания медицинской организации, ее кадрового и технического потенциала, а также половозрастной, социальной структуры населения и его потребности в отдельных видах (по профилю) медицинской помощи (включая вопросы индивидуальной и групповой профилактики неинфекционных заболеваний, обучение населения правилам оказания первой помощи, консультирование по вопросам ведения здорового образа жизни). В состав мобильной медицинской бригады по согласованию могут включаться медицинские работники других медицинских организаций.

Работа мобильной медицинской бригады осуществляется в соответствии с планом, утвержденным руководителем медицинской организации, в составе которой она организована.

Руководство мобильной медицинской бригадой возлагается руководителем медицинской организации, в составе которой она организована, на одного из врачей мобильной медицинской бригады из числа имеющих опыт лечебной и организационной работы.

Мобильная медицинская бригада обеспечивается транспортными средствами, в том числе специальными, оснащается медицинским оборудованием, расходными материалами, лекарственными средствами, необходимыми для оказания медицинской помощи населению. Обеспечение и контроль деятельности мобильных медицинских бригад осуществляет руководитель медицинской организации, в составе которой они созданы.

Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Структура и штатная численность дневного стационара устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

На должность заведующего дневным стационаром медицинской организации – врача-специалиста назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 № 707н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 23.10.2015, рег. № 39438), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.06.2017 № 328н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 03.07.2017, рег. № 47273).

Медицинскую помощь в дневном стационаре могут оказывать медицинские работники дневного стационара либо медицинские работники других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком дежурств, утвержденным ее руководителем.

Для организации работы дневного стационара в его структуре рекомендуется предусматривать:

- палаты;
- процедурную (манипуляционную);
- пост медицинской сестры;
- кабинет заведующего дневным стационаром;

- комнату для приема пищи больными;
- кабинеты врачей;
- комнату персонала;
- комнату для временного хранения оборудования;
- санузел для персонала;
- санузел для пациентов;
- санитарную комнату.

Оснащение дневного стационара осуществляется в соответствии со стандартом оснащения.

Количество мест и режим работы дневного стационара определяется руководителем медицинской организации с учетом мощности медицинской организации (ее структурного подразделения) и объемов проводимых медицинских мероприятий (в одну или две смены).

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- оказание медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;
- лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством;
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в дневном стационаре или при возникновении показаний для круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям больной направляется для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.

Продолжительность здоровой жизни – основа развития общества: круглый стол на форуме «Сочи-2019» // Фонд Росконгресс. – 2019. – 15 февр. – Режим доступа: <http://government.ru/orders/selection/401/35765/>

Ключевые выводы.

Задача увеличения продолжительности здоровой жизни требует комплексного решения.

«Мы когда начали заниматься первым национальным проектом, у нас практически ничего не было, с точки зрения наиболее опасных заболеваний. Если взять сердечно-сосудистую патологию, <...> у нас высокотехнологичная медицинская помощь, количество операций на тот период измерялось цифрой до 100 тысяч. На момент начала национального проекта было 85-90 тысяч операций в год <...> Сейчас мы таких операций делаем около 1 миллиона», – Дмитрий Медведев, Председатель Правительства Российской Федерации.

«Активное долголетие возможно только тогда, когда человек социализирован в обществе, когда человек чувствует себя востребованным, и когда государство для этого прилагает различные усилия», – Ольга Голодец, заместитель Председателя Правительства Российской Федерации.

«Не менее 60% вносит вклад в здоровье образ жизни. Именно поэтому самый большой вклад может внести сам человек. Наша задача – каждого человека сделать активным участником процесса сохранения здоровья», – Вероника Скворцова, Министр здравоохранения Российской Федерации.

Рост продолжительности жизни – постоянный приоритет государства.

«С 2012 г. Правительству удалось добиться существенных успехов в увеличении ожидаемой продолжительности жизни – она возросла на 2,5 года <...> Этот результат особенно ценен, потому что государственные расходы за этот же период сократились на 18% в постоянных ценах с учетом инфляции», – Гузель Улумбекова, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству; руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением.

«Важнейшие стратегические цели России – повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, из них здоровой – до 67, и повышение качества жизни», — Эвелина Закамская – модератор дискуссии, главный редактор телеканала «Доктор»; телеведущая телеканала «Россия 24».

Регионы и бизнес могут внести значительный вклад в решение задачи.

«Во всех 26 городских округах [Вологодской области – Ред.] мы открыли центры активного долголетия <...> Сейчас уже 80 тысяч ветеранов ходят в эти центры», – Олег Кувшинников, губернатор Вологодской области; председатель Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки».

«То, что связано с корпоративными программами охраны здоровья, – это является одним из очень серьезных внутренних источников для увеличения продолжительности жизни на будущее», – Маским Топилин, Министр труда и социальной защиты Российской Федерации.

Проблемы.

Невысокая продолжительность жизни у мужчин.

«Если взять региональные особенности, у нас мужчины живут меньше, если взять среднюю продолжительность жизни, на 12 лет», – Михаил Игнатьев, глава Чувашской Республики.

Нехватка инструментов вовлечения людей старшего поколения в активную жизнь.

«Есть большое количество бассейнов, но нет водных программ, которые хорошо воспринимались бы людьми старшего возраста. Например, аквааэробика для людей старшего возраста. Этих программ у нас настолько мало, что по России мы их можем насчитать единицы», – Анастасия Лазибная, основатель Баба-Деда.ру.

Решения.

Улучшение медицинского обслуживания, диспансеризация населения.

«За 6 последующих лет добавить +6 лет продолжительности жизни, как бы мне ни хотелось, чтобы сколковские технологии и цифровая медицина за эти 6 лет успела, она не успеет. Надо конкретно сосредотачиваться на классической медицине», – Кирилл Каем, старший вице-президент по инновациям Фонда «Сколково».

«В Министерстве здравоохранения разработана специальная профилактическая программа, специальная программа диспансеризаций людей пожилого возраста, и она начала работать с 2018 г., с 1 января. У нас есть специальное профилактическое консультирование для пожилых людей», – Ольга Ткачева, директор Российского геронтологического научно-клинического центра.

«Одна из вещей, которую нужно делать, – это реформировать уход на дому. Потому что именно там развиваются неинфекционные заболевания <...> Нужно иметь возможность определять заболевание на раннем этапе. Ранняя диагностика и совет, помощь людям изменить свой образ жизни. Наши профессионалы здравоохранения, врачи должны лучше консультировать, направлять своих пациентов», – Жоао Бреда, глава европейского офиса по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения Всемирной организации здравоохранения.

Увеличение мер социальной поддержки.

«Меры социальной поддержки нужно увеличивать и на ветеранов, и на стимулирование рождаемости», – Олег Кувшинников, губернатор Вологодской области; председатель Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки».

Стимулирование работодателей к заботе о здоровье сотрудников.

«Работодатели не только заинтересованы в здоровье работников, но и готовы вкладываться в это. Но, тем не менее, их лучше поощрять системными мерами, чтобы это движение было

массовым», – Александр Шохин, президент Российского союза промышленников и предпринимателей.

«Все больше и больше работодателей обращают внимание не только на создание безопасных условий труда, но и включаются в борьбу с неинфекционными заболеваниями», – Оксана Монж, генеральный директор Санофи Россия.

«Многие компании сейчас осуществляют вакцинацию своих сотрудников. Вакцина сейчас существует не только для детей, но и для взрослых, даже для старых людей. Наша вакцинация в наличии, ее всегда можно получить. Это положительно влияет на эпидемиологическую обстановку в стране», – Марван Акар, генеральный директор MSD в России.

Просвещение населения в вопросах заботы о здоровье.

«В 2011 г. был создан колл-центр, и, по крайней мере, 1 млн россиян им воспользовались <...> Нам звонят до 35 лет – 58%. Эффективность – одна из самых передовых, и мы входим в топ-5 мира из все существующих 64 служб», – Петр Яблонский, директор ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

«Почти половина людей, за которыми ухаживает их семья, может погибнуть преждевременно, просто потому что семья не может оказывать этот уход», – Ксения Франк, председатель наблюдательного совета Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

Развитие международного медицинского сотрудничества.

«Необходимо интегрироваться в мировое медицинское сообщество, чтобы наши врачи имели доступ к последним протоколам лечений и могли довольно быстро применять их в повседневном лечении», – Екатерина Тимофеева, партнер, управляющий директор The Boston Consulting Group.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Пимшин, А. Распознать болезнь. О тонкостях применения метода эндузи в гастроэнтерологии // Медицинская газета. – 2019. – № 5 (6 февраля). – С. 11.

Сегодня медицина может многое. Чего стоят высокотехнологичные операции, доступные в большинстве российских клиник. Но есть недуги человеческого организма, которые с трудом поддаются диагностике. И среди них – лечение заболеваний поджелудочной железы. Нужен прорыв в диагностике. И выполнение эндоскопических ультразвуковых исследований может помочь его совершить. О развитии этого направления исследований рассказывает заведующий отделением диагностической и лечебной эндоскопии Университетской клинической больницы № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова кандидат медицинских наук Павел ПАВЛОВ.

– В Шанхае недавно прошла XXI конференция по эндузи. Так получилось, что я был одним из немногих иностранных лекторов, выступившим с сообщением о различных аспектах эндоскопического ультразвука в современной клинической практике. А ещё в Шанхайском пульмонологическом госпитале показал мастер-класс по эндузи с пункцией опухоли поджелудочной железы.

В нашей стране накоплен солидный опыт выполнения эндоскопических ультразвуковых исследований (например, в Сеченовском университете). В среднем за неделю в нашем отделении их проходит несколько – часть заканчивается пункционным взятием материала из опухоли, другая – из подозрительных образований, лимфоузлов, изменённых тканей, которые не удаётся дифференцировать другими методами диагностики.

Очевидно, что наиболее эффективное применение эндузи – обследования при заболеваниях поджелудочной железы, которые встречаются всё чаще. Такая диагностика – дело весьма сложное и кропотливое, требующее строгой последовательности выполнения и использования дорогостоящего эндоскопического оборудования. Внешне оно напоминает

обычный гастроскоп. То же тело эндоскопа, та же рукоятка. Кардинальное отличие – на кончике подобного прибора находится ультразвуковой датчик, который вводится в организм человека.

Плюс ко всему обязательно наличие ультразвукового процессора-комбайна. Всё это стоит немалых денег. По этой причине, увы, не каждая больница может внедрить названный метод в повседневную практику. Конечно, не способствуют его распространению и недостаточные знания об эндоузи среди российских врачей, нехватка опыта и знаний у специалистов. Между тем на Западе этот метод чрезвычайно распространён. В Нидерландах, где я обучался в течение двух недель эндоскопическому ультразвуку у профессора Марка Бруно в Медицинском центре Университета Эразмус (Роттердам) в Департаменте гастроэнтерологии, подобные исследования ведутся ежедневно, иногда делается по 10 эндоузи. Почему так много? В Нидерландах в клиническую практику внедрён скрининг рака поджелудочной железы. Это единственная страна, если не ошибаюсь, где доступны подобные обследования. В этом государстве все граждане при прохождении диспансеризации сдают анализ на специфические онкомаркёры. Доказано, что их уровень серьёзно повышается при раке молочной железы и при проблемах с поджелудочной. В случае если титр онкомаркёра повышен, такой пациент направляется на эндоузи. (Стоит особо отметить, что чем меньше опухоль, тем точнее эндоузи определяет эти изменения в ткани поджелудочной железы по сравнению с КТ (или МРТ) с использованием контрастного вещества.

В России чаще всего на подобное исследование направляют хирурги-онкологи с подозрением на новообразования поджелудочной железы, а также по поводу болей, резкой потери веса, гепатита. Всем пациентам на первом этапе выполняется МРТ или КТ, и только после визуализирования неких новообразований, теней, дополнительных включений в паренхиму поджелудочной железы им назначают эндоузи.

Такое исследование является и диагностическим, и хирургическим одновременно. Мы можем не только посмотреть, но и пропунктировать тонкой иглой новообразование и получить из него те клетки, которые попадают на анализ посредством аспирации вакуумным шприцем. Это могут быть и столбики тканей, и отпечатки. Дальше следует гистологическое исследование. В результате диагноз не просто предположительно подтверждается, а чётко фиксируется патоморфологом.

Увы, пока эндоузи в России ни не входит в один медико-экономический стандарт ОМС. И поэтому исследование может быть проведено только платно. А его стоимость сильно варьируется от клиники к клинике в зависимости от того, какие расчёты утвердила администрация. Существует несколько типов эндосонографий. Если проанализировать их среднюю стоимость, то получится, что исследование стенки гастростромальной диагностики опухолей, лимфом, липом стоит около 4 тыс. руб. Это самое недорогое обследование. Эндосонография панкреатобилиарной зоны наиболее сложная, она может длиться больше часа и стоит 8 тыс.

К сожалению, не во всех даже онкологических медучреждениях делают эндоузи. Может быть, десяток больниц наберётся в столице, которые активно применяют этот метод. О маленьких городах и райцентрах нашей страны вообще не приходится говорить.

Как специалист, проработавший 10 лет в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А.Герцена, не могу представить современную онкологию без эндоузи. При недешёвой стоимости самой процедуры (как всегда это бывает, высокие технологии стоят дорого), они в конечном итоге оказываются дешевле, безболезненнее и эффективнее низкотехнологичных манипуляций. Взять хотя бы пункции опухолевых изменений, предположим, поджелудочной железы. У пациента изменился цвет кожи, а после обычного УЗИ подозревают рак головки поджелудочной железы. Чтобы дать человеку квоту на проведение операции по ВМП, надо гистологически подтвердить диагноз – такой порядок действует в России. Значит, пациента надо пунктировать.

Как происходит пункция? Если используется эндоузи, то мы заходим в двенадцатиперстную кишку (головка находится в непосредственном соприкосновении со стенкой), между ультразвуковым датчиком и опухолью ничего кроме тонкой стенки кишки нет. Вид - идеальный. Что это даёт? Какие плюсы? Мы не можем промахнуться, потому что это очень

близко. И после того, как выполним пункцию, совершив много движений, веерообразно расходящихся по всей опухоли, наберём клеточного материала в просвет иглы, вытаскиваем иглу. Даже если на её кончике есть какие-то остатки опухолевой ткани, то они останутся в стенке двенадцатиперстной кишки, не добавят проблем со здоровьем пациенту. Во время операции панкреатодуоденальной резекции двенадцатиперстная кишка будет удалена. Поэтому даже если мы теоретически обсеменим этот тонюсенький (всего 2-3 мл) канал – это не проблема, так как этот орган всё равно уходит в материал. Но если опухоль головки поджелудочной железы исследуется через кожу, то какие ткани «протыкает» иголка? Кожа, подкожная клетчатка, жир, мышцы, брюшина и – не дай бог – ещё кишка, сальник..

Большое расстояние, плохая видимость, поэтому тяжело попасть (поджелудочная железа – небольшой орган) в головку. А при выведении иглы неизбежно часть поражённых болезнью клеток будет находиться на её кончике, их оттуда никак нельзя убрать. Если данные опухолевые клетки не погибнут, а реализуются, то это будет называться имплантационный метастаз. Такие случаи в онкологии встречаются очень часто. Соответственно, вся огромная работа, которая была проведена не только бригадой врачей, но и самим пациентом, пережившим такую сложную операцию, может пойти насмарку.

В Европе метод эндоузи, как говорилось, применяется часто. Другое дело – страны Дальнего Востока и Азия. В ходе конференции в Шанхае стало ясно, что в Китае, как и в России, эндоузи не имеет широкого распространения, поэтому развитие данного направления и у нас, и в Китае станет прорывом в диагностике заболеваний поджелудочной железы. Тысячи, а может быть и сотни тысяч жизней будут спасены.

Что касается привлечения на данном этапе иностранных пациентов к нам, то трудно поверить, что, например, те же голландцы проигнорируют своих специалистов и приедут в Москву. Хотя у меня есть постоянные пациенты из стран дальнего зарубежья – из Новой Зеландии и США.

Эндоузи (во всяком случае, в нашем отделении клиники) – это «вишенка на торте». Всё больше и больше людей узнают из разных источников про этот эффективный метод. Некоторые приходят на профилактические осмотры, когда не имеют жалоб, по сути дела, включают это исследование в диспансеризацию. И это правильно – потому что диагностика рака поджелудочной железы возможна только эндоскопическим ультразвуком.

На первых этапах при становлении этой методики часто привлекались врачи ультразвуковой диагностики. Но, несмотря на опыт и отличную школу, для них зачастую это сложный процесс – они видят ультразвуковую анатомию совершенно по-другому, с другого ракурса, не как мы – с обратной стороны, со стороны брюшной полости. В результате перед ними предстаёт, если так можно выразиться, совершенно другая анатомия. Я их приглашаю иногда, чтобы они познакомились с методом. Есть специальные курсы по эндоузи и в России, и за рубежом. Мы, кстати, также проводим подобные семинары. Ближайший семинар мы планируем провести весной. Хотим сделать базовый курс, который будет отличаться от других аналогичных мероприятий, проходящих в Москве. Мы не только проведём лекции курсантам, а также покажем на практике, как выполняется эндоузи. Курсантам дадим эндоскопический аппарат и предложим пунктировать животных – медицинских свинок, которых вводят в наркоз и на них учатся. Это очень полезные занятия. Сам их прошёл, когда учился делать диссекции при раннем раке на поросёнке желудка.

Биоинженерный подход // Медицинская газета. – 2019. – № 3. – С. 13.

Новые технологии приводят к довольно неожиданным открытиям. Так у человека был открыт уникальный нейрон, которого нет у мышей, названный за богато ветвящиеся отростки «шиповник» (по аналогии с его многочисленными шипами), а также ничтожно малые каналы, соединяющие мозговую поверхность с костным мозгом костей черепа.

Вполне возможно, что последний «напрямую» снабжает мозг стволовыми клетками крови, которые затем дают микроглию, или мелкие клетки «клея»-глии белого вещества, выполняющие роль тканевых макрофагов, недаром они своими отростками напоминают макрофагальные дендритные клетки органов и тканей. Нельзя не упомянуть и недавнее открытие нейронов, сделанное в Каролинском институте (Стокгольм, Швеция), лежащих в глубине мозга, которые своими отростками контактируют с полостями-желудочками полушарий, наполненных цереброспинальной жидкостью, омывающей головной и спинной мозг. Контакт с нею обеспечивает поддержание кислотно-щелочного гомеостаза-равновесия в мозгу, что крайне важно для его нормального функционирования.

Можно напомнить, что в самом начале развития будущих нейронов коры находятся клетки так называемой радиальной глии, или формирующиеся в глубине полушарий нервные стволовые клетки. В своём движении на клеточном «лифте» вверх они преобразуются в предшественники-прогениторы клеток нервной ткани, дающие в конечном итоге нейроны и глию. Первые потом не делятся, но могут сохраняться до конца жизни, неся в себе память, вторые же могут давать нежелательные разрастания. Не так давно с помощью одного из видов глиальных клеток у мышей удалось восстановить утерянные палочки сетчатки глаза, в результате чего частично было восстановлено зрение.

Развитие мозга тесно связано с желудочно-кишечным трактом, что проявляется при генных «поломках». В качестве примера можно привести гепатолентикулярную дистрофию мозга, чечевичное подкорковое ядро которого «ужимается» в размерах вследствие, как считалось, нарушения обмена меди в печени. Но, по всей видимости, дело несколько сложнее, хотя в свете нового открытия и яснее. Известно, что жизнь клеток крови недолговечна, поэтому тем же макрофагам кишечника учёные отводили не более трёх недель. Однако в Католическом университете Лувена (Бельгия) после «окрашивания» кишечных макрофагов флуоресцентными протеинами выяснили, что макрофаги мышей могут жить и функционировать практически на протяжении года, что для грызунов чуть ли не полжизни. Если учёные «отключали» эти макрофаги, то кишечник мышей переставал работать вследствие нарушения его перистальтики. Оказалось, что макрофаги кишечника выполняют ту же роль, что и похожие на них по форме звездообразные клетки астроглии (астроциты), «втискивающиеся» между сосудом и нейроном (в интерфейсе сосудо-нейрон) и пропускающие через себя питание для нервных клеток. Известный в начале прошлого века итальянец Паоло Монтегацца (1831-1910) описывал свой опыт общения с листьями коки, с которой он познакомился во время посещения Южной Америки: «Я летел на крыльях двух листьев коки, летел сквозь пространства... и лишь час спустя я успокоился, чтобы окрепшей рукой записать эти слова». Каким образом жевание листьев и поступление их сока в желудок оказало столь сильное воздействие на мозг исследователя, испытавшего самый настоящий «улёт», которому мог позавидовать «испытатель» действия магических грибов П. Коэльо? Не через функционирующие ли макрофаг-нейронные интерфейсы?

Рубеж августа и сентября 2018 г. ознаменовался сообщениями о попытке исправить с помощью ген-редактирования бета-талассемии, защищающей жителей Средиземноморья и других морских побережий от малярии, а также успешным восстановлением мышечной ткани у собак с моделью миодистрофии Дюшена. Менее «эффектно» на этом фоне выглядело омоложение старых мышц с помощью нового матрикса-подложки на основе гидрогеля для «оживления» их стволовых клеток, созданного в Технологическом институте Джорджии (Атланта, США). Известно, что роль стволовых клеток в мышцах выполняют их клеточные сателлиты, участвующие в заживлении травм и росте мышечной массы. К сожалению, с возрастом их жизнеспособность падает, что приводит к саркопении, или дистрофии мышц. Прежние попытки восстановления мышц приводили к тому, что лишь 20% стволовых клеток выживали после развивающегося воспаления. Синтетический матрикс способствовал значительно большему сохранению стволовых клеток у экспериментальных животных и последующей регенерации старых мышц.

Колесникова, К. Клетка в шоке // Российская газета. – 2019. – 1 февр. – С. 14.

Ученые Института фундаментальной биологии и биотехнологии СФУ создают сенсор, способный «поймать» в крови человека белок «теплового шока» (Hsp90). Его считают ярким биомаркером, высокий уровень которого сигнализирует о стрессе.

В основе сенсора – биоматериал, полученный из светлячков и светящихся бактерий. Он определенным образом подсвечивает некоторые токсичные вещества. Например, тяжелые металлы или органические «маячки», указывающие не только на стресс, но и, косвенно, на онкологические заболевания. Вся фишка технологии в том, что ученые усилили ее наночастицами золота. В итоге чувствительность сенсора увеличилась на 50 процентов.

По словам завкафедрой биофизики ИФБиБТ СФУ Валентины Кратасюк, технология позволяет очень точно измерить количество белка «теплового шока». Разработанный модуль может применяться, в частности, для контроля стрессовых перегрузок у спортсменов, и не только у них.

Почему это так важно? Хронический стресс – мощный негативный фактор, который может привести к депрессии (от которой в мире, по некоторым оценкам, страдают 300 миллионов человек), а также запустить целый каскад вредных для организма изменений. Например, снизить иммунитет и спровоцировать развитие разных болезней.

Москалев, А. Как думает мышь / А. Москалев, Л. Юдина // Аргументы и факты. – 2019. – № 7 (13-19 февр.). – С. 13.

Какие научные прорывы будут определять медицину будущего?

В мире.

1. Редактирование генома.

Исследователи называют редактирование генома идеальным средством борьбы с наследственными заболеваниями, онкологией и т. д. Однако «обычное» редактирование генома может вызывать изменения не только в заданном месте, но и во всем организме и иметь непредсказуемые последствия. Поэтому наиболее перспективными считаются щадящие методики – например, CRISPRa, при котором геном не редактируется (а значит, отсутствует риск его повреждения), а в клетку вводят генетические конструкции, продуцирующие нечто вроде искусственно созданного активатора, который включает нужный ген. В 2018 г. при помощи этого метода впервые удалось активировать гены, необходимые для перепрограммирования клеток кожи в стволовые клетки. Чуть позже с помощью этого же метода удалось активировать определённые гены, связанные с насыщением, и тем самым излечить мышь от ожирения.

2. Создание атласа мозга.

Как осуществляется сознание? Как работают память и мышление? У учёных есть десятки гипотез и ни одного ответа на этот вопрос. В 2018 г. был опубликован полный атлас мозга мыши, а это значит, что не за горами создание атласа мозга человека, который поможет раскрыть многие тайны».

3. Защита от болезни Альцгеймера.

Продолжительность жизни растёт во всем мире, а значит, всё больше людей будет сталкиваться со старческим слабоумием (деменцией), от которого уже сегодня страдают 47 млн. человек в мире. Разработчики обещают, что ДНК-вакцина от болезни Альцгеймера (главной причины деменции) вдвое сократит число пациентов со старческим слабоумием – в том случае, если она успешно пройдет клинические исследования (пока испытания проводились на грызунах). Тестирования первого варианта вакцины были свёрнуты из-за большого количества побочных эффектов.

4. Вакцина от ВИЧ.

Новая вакцина показала способность быстро усиливать активность иммунной системы для борьбы с вирусом. В экспериментах новая прививка идентифицировала антитела, которые нейтрализовали штаммы ВИЧ, за 8 недель.

В России.

1. Новая печень.

Врачи Боткинской больницы для пациентки с онкологическим недугом, у которой печень была на 80 % поражена метастазами, вырастили новую. Для этого в поражённую часть ввели препарат, склеивающий сосуды (тем самым было перекрыто питание опухоли), а здоровую нарастили до нужного размера.

2. Внутриутробная операция на мозге.

У плода на 28-й неделе беременности была диагностирована гидроцефалия (водянка головного мозга). Нейрохирурги из Екатеринбурга и Тюмени с помощью специальной аппаратуры получили доступ к мозгу ребёнка и обеспечили отток жидкости. Вынашивание беременности продолжилось, роды прошли на сроке 38 недель, на свет появился здоровый малыш.

3. Новый метод лечения последствий инфаркта.

Команда исследователей из МГУ им. Ломоносова и Национального медицинского исследовательского центра кардиологии для лечения последствий инфаркта миокарда разработала метод генной терапии. В поражённые области сердца доставляются два гена, которые кодируют белки, отвечающие за рост клеток внутренней стенки сосудов и защищающие клетки сердца от гибели при нарушении кровоснабжения.

4. Защита от аллергии.

Учёные из Сибирского отделения РАН с помощью технологии редактирования генов добились рождения мышей, которые не страдают ни одной из форм аллергии. Предполагается, что модифицированные животные помогут изучить неизвестные ранее механизмы развития аллергии.

5. Биочипы для диагностики рака.

Тест-система для иммуноцитохимического исследования, которая позволяет определить наличие или отсутствие злокачественного новообразования у пациента при первом обращении в поликлинику. Биочипы могут диагностировать злокачественные процессы любой локализации. Биоматериал взаимодействует с разными антителами. При реакции клетка начинает светиться. Это свечение позволяет моментально определить наличие опухолевых клеток.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Скворцов В. В. Формирование здорового образа жизни в условиях образовательной среды медицинского вуза / В. В. Скворцов [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2019. – № 2. – С. 57-63.

Соблюдение здорового образа жизни является одним из трендов национальной политики сохранения здоровья населения России. Особое значение приобретает формирование установок и мотивации к здоровому образу жизни среди молодого поколения.

Исследование современных тенденций в динамике состояния здоровья молодежи на протяжении последних 15 лет, проведенное НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, выявило увеличение за последние 10 лет заболеваемости в данной популяции, а также снижение уровня физического развития, изменение структуры выявленной патологии за счет роста частоты социально-значимых болезней.

В этой связи приобретает практическое значение профилактическая деятельность специалистов со средним медицинским образованием, выполняющих значительную часть профилактической работы в системе здравоохранения. В частности, в условиях образовательной среды медицинского колледжа предусмотрено формирование следующих профессиональных компетенций:

- вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей;
- проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения;
- проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения;

- участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения;
- владеть основами гигиенического воспитания.

В связи с этим мы провели медико-социологическое исследование с целью определения отношения студентов медицинского колледжа к различным элементам здорового образа жизни (ЗОЖ).

Обзор специальной литературы по теме исследования показал, что наиболее выраженное ухудшение состояния здоровья происходит на возрастном отрезке от 7 до 19 лет, что совпадает с периодом получения общего среднего, начального и среднего профессионального образования. За последние 5 лет заболеваемость детей до 14 лет увеличилась на 19,2 %, 15-17 лет – на 20,2 % .

В связи с этим соблюдение элементов ЗОЖ имеет важное значение для сохранения и укрепления здоровья обучающихся в условиях образовательной среды медицинского колледжа. В то же время полученные в нашем исследовании результаты позволили выявить ряд негативных тенденций. Полученные данные были проанализированы по элементам ЗОЖ и целевым установкам.

1. Пищевое поведение.

Согласно результатам опроса, более половины студенток (76,6 %) регулярно употребляют в пищу свежие овощи и фрукты, что, безусловно, позволяет дать положительную оценку, так как потребление фруктов и овощей рассматривается как важный элемент здоровой и сбалансированной диеты.

В то же время на вопрос, ограничиваете ли вы себя в употреблении животных жиров, 56,6 % респондентов дали положительный ответ. Контролируют употребление Сахаров чуть более половины опрошенных - 63,3 %.

Результатом несбалансированного питания часто является избыточный вес. На вопрос анкеты «Сколько Вы весите?» получены следующие результаты: имеют нормальную массу 63,4 %, до 6 килограмм выше нормы – 30,1 %, на 6-12 килограммов выше нормы – 6,6 %

2. Соблюдение режима труда и отдыха.

Большинство респондентов считает, что умеет «отдыхать и расслабляться» (90,1 %). В то же время на вопрос, есть ли у вас развлечения помимо учебы, практически каждый третий студент дал отрицательный ответ. Это может иметь и положительную оценку в плане мотивации студентов к учебной деятельности, поскольку большинство опрошенных ответили, что им «нравится учиться» (83,3 %).

Большое значение в этом возрасте имеет психологический климат в учебном коллективе, семье, личные отношения. Как известно, дефицит межличностного общения многие исследователи считают не только факторами риска для соблюдения ЗОЖ, но и в целом для социализации и даже профессиональной адаптации. В нашем исследовании 56,6 % респондентов на вопрос, есть ли у вас друг, которому вы полностью доверяете, дали положительный ответ.

Особое значение в плане полового воспитания учащихся уделяется профилактике заболеваний, передающихся половым путем. Ранняя сексуальная активность подростков и ее последствия стали одной из важнейших социальных проблем России. Около половины школьников 16-17 лет имеют опыт половой жизни. Молодые люди часто не готовы к половой жизни ни физиологически, ни психологически, у них нет достаточных знаний об инфекциях, передающихся половым путем, о возможности отрицательных последствий раннего начала половой жизни и прерывания беременности. Количество аборт в возрасте 15-19 лет в России составляет около 70 на 1000 подростков. Эти показатели одни из самых высоких в мире. Несмотря на снижение абсолютного числа аборт среди девочек до 14 лет и девушек 15-19 лет (за последние 5 лет на 16,5 и 17,3 % соответственно), каждый десятый аборт в стране производится в этом возрасте.

Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем. Многократно возросла распространенность отдельных инфекций, передаваемых половым путем. Частота встречаемости хламидиоза подростков 15-17 лет выросла в 7,4 раза, герпетических урогенитальных инфекций – в 4,7 и 29,8 раза соответственно. Половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) также приходится на молодежь. В этом отношении представляет интерес тот факт, то большинство опрошенных девушек (70,2 %) ответили, что у них есть «любимый человек».

В этой связи нельзя не согласиться с исследователями, что наряду с чисто биологическими и социальными причинами перечисленных явлений отсутствие физиологически обоснованных программ полового и сексуального воспитания подростков и молодежи недопустимо. Игнорирование проблемы становления и реализации сексуальности современной молодежи совершенно недопустимо.

3. Физическая активность.

Отношение исследуемых к физическим нагрузкам отражает общероссийские тенденции среди молодежи. На вопрос, регулярно ли вы делаете зарядку, каждый четвертый (26,6 %) респондент дал положительный ответ. При этом неэффективно ее проводят почти треть исследуемых. На вопрос, вы занимаетесь зарядкой до тех пор, пока не заболят мышцы, 62,5 % ответили утвердительно.

Заслуживает положительной оценки отношение исследуемых к спорту: большинство респондентов (80,2 %) ответили, что занимаются спортом. В то же время анализ предыдущих ответов в исследуемой выборке позволяет усомниться, что это делается на регулярной основе.

4. Вредные привычки.

В нашем исследовании число курящих студенток незначительно – 13,3 %, что возможно, является и результатом полученных медицинских знаний о вреде табакокурения, и позволяет положительно оценить рефлексивность исследуемой выборки в данном вопросе. Студентки, подверженные табакокурению, курят меньше полпачки в день (100 %).

Особую тревогу вызывает распространенность среди учащихся употребления слабоалкогольных напитков. Только 10 % опрошенных не употребляют алкоголь вообще, редко употребляют 66,6 % респондентов, а число употребляющих каждый день составляет 23,3 %. Согласно данным национальной статистики потребление алкогольных напитков в России начинается уже в 12-13-летнем возрасте. В возрастной группе 11-24 года потребляют алкоголь более 70 %. Уровень распространенности алкоголизма среди подростков к 2016 году вырос с 18,1 % до 20,7 %.

5. Донозологический статус.

Отдельный блок опросника посвящен не только субъективной оценке состояния здоровья, но и донозологической диагностике. К ним можно отнести и результаты опроса о применении снотворных средств (16,6 % респондентов принимают их на регулярной основе), а также применение лекарственных средств в целом. На вопрос, часто ли вы вынуждены покупать лекарства, 43,3 % опрошенных дали положительный ответ.

Будущие медики в целом внимательны к состоянию здоровья. В частности, 73,3 % ответили, что следят за своим артериальным давлением. В то же время большинство исследуемых не спешат обращаться к врачу. На вопросы, бывают ли у вас постоянные болезненные симптомы, и вы при этом не обращаетесь к врачу, утвердительные ответы дали 33,3 %. Это, безусловно, приводит к самолечению, и дает негативные последствия для здоровья.

Состояние тревоги, как предшественник или симптом тревожных невротических расстройств отметили 86,6%, что также отражает высокую частоту донозологических расстройств.

6. Мотивация и социальные установки.

Проблема соблюдения учащейся молодежью ЗОЖ имеет серьезную психологическую природу. Безусловно, большую роль играет не только популяризация знаний в данном вопросе, формирование социально полезной моды, но и внутренние психологические установки. Понятие ответственности за свое поведение должно стать ключевым. В нашем исследовании более половины респондентов отметили, что им не хватает чувства ответственности (70,2 %).

На вопрос: «Вы считаете, что должны брать на себя меньше обязательств?» значительная часть опрошенных (83,3 %) дала положительный ответ. Это может быть признаком внутреннего беспокойства, в частности, результатом неправильной организации режима труда и отдыха – неравномерного распределения времени на выполнение учебных заданий, их несвоевременное выполнение и т. п. Демонстрацией отсутствия персональной логистики являются и результаты ответа на вопрос «Часто ли Вы испытываете скуку?», на который дали положительный ответ 23,4 %.

Кроме того, отсутствие четкого режима дня и отдыха приводит к тому, что уже в рассматриваемом возрасте 16,6 % студенток ответили, что регулярно применяют снотворные средства.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд негативных тенденций в формировании ЗОЖ в условиях образовательной среды медицинского колледжа.

Полученная оценка формирования поведения, сохраняющего здоровье в условиях образовательной среды, позволила разработать направления оптимизации профилактической работы с учащейся молодежью.

Профилактическая работа медицинской сестры является значимой частью ее профессиональной деятельности. В современных условиях процесса обучения возрастает роль сестринского персонала в санитарном просвещении подростков по таким важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний. Семейная медицинская сестра вместе с семейным врачом почти 30 % рабочего времени должны отводить на профилактические мероприятия и гигиеническое воспитание. Согласно результатам авторского исследования выявлен ряд негативных тенденций в поведении студенческой молодежи, среди которых: нарушения в пищевом поведении (от 36,7 до 56,6 %), нарушения режима труда и отдыха (у 80,0%), формирование пагубных привычек (более 30,0 %). Полученные данные демонстрируют необходимость оптимизации психолого-педагогической работы, направленной на формирование устойчивой мотивации к соблюдению ЗОЖ у студентов-медиков в условиях образовательной среды. Это позволит не только сохранить индивидуальное здоровье обучающихся, но и повысить качество профилактической деятельности медицинского специалиста в будущем.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

-  (846)956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-90 – обслуживание читателей
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

✉ sonmb-sbo@miac.samregion.ru ✉ sonmb@miac.samregion.ru

Сайт: <http://miac.samregion.ru>